

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

Descontarle 0 días por
ausencias

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	██████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,000.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatal	
13 Cifra Cuenta	98-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1989	
15 Acción y Duración	Nombramiento 212 hasta año	
16 Causa del Cese		
17 Último Día Trabajo		
18 Último Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio) Nuevo.	25 Observaciones (Después del Cambio) Descuento Medicare Ley -99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso _____ Superintendente de Escuelas	27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente. _____ Firma del Empleado _____ Fecha
28 Recomendado _____ Superintendente de Escuelas	29 Recomendado _____ Superintendente de Escuelas
30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA _____ FIRMA	_____ FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Agricultura
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908


18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.


Angeles Lara de la Torre
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
GPO BOX 5028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

92-13-01137-4
WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

4771

INFORME PATRONAL

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

NUMERO DE CASO - FSE			BATCH	FECHA RADICACION			ENV. CHQ.	CLAVE DE COMPENSACION			REG. Y DISP. TRAT.	P. E.	FECHA ALTA TRABAJAR		
ANO	DISP.	NUMERO		ANO	MES	DIA		COMP.	DISP.	PAT.			ANO	MES	DIA
92	13	011374	1												

FECHA ALTA DEFINITIVA			D. A. S.	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	REGION ANATOMICA	NAT. LESION	NUMERO DE POLIZA				RIESGO	GRUPO	STATUS
ANO	MES	DIA						ANO	T.	R.	O.			

PART E A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) Departamento de Educaci3n	2 TIENE POLIZA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI INDIQUE NUMERO 690660001	3 SEGURO SOCIAL PATRONAL 690660001
4 DIRECCION POSTAL Box 1281	5 CLASE DE PATRONO <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> SOC <input type="checkbox"/> CORP <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> ASOC <input type="checkbox"/> SINDICO <input type="checkbox"/> SUCESSION <input type="checkbox"/> ALBACEA <input checked="" type="checkbox"/> OTROS	CLASE DE NEGOCIO Educaci3n
6 PUEBLO San Lorenzo, Puerto Rico	7 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (CALLE, NUMERO, BARRIO, PUEBLO) Depto. Educaci3n - San Lorenzo, P. R.	8 TELEFONO 736-2361

PART E B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

9 NOMBRE DEL LESIONADO - INICIAL - APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO William Vega Martine3	10 NUMERO SEGURO SOCIAL 4771	11 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12 TELEFONO 744-2512	13 ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO
14 DIRECCION Calle 33 - R6-17 Turabo Gardens	15 NUMERO DE DEPENDIENTES HIJOS 0 NO HIJOS	16 TRABAJA EL CONYUGE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO		
17 URBANIZACION Caguas, Puerto Rico	18 NOMBRES DE PADRE Y MADRE William y Gloria	LUGAR Y New York	FECHA NACIMIENTO 12/30/59	19 EDAD 33.1
20 DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESARIA RECIBIR LOS CHEQUES DE COMPENSACION (SI ALGUNO) Calle 33 - R6-17 - Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725				
21 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDE CON EL LESIONADO Helen Vega Martine3	22 TELEFONO 748-5315	23 DIRECCION Haciendas Carras3o - Calle 5 Casa N-8 Trujillo Alto, P. R.		
24 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO Depto. de Educaci3n	25 OCUPACION HABITUAL Maestro Educ. Ffsica	26 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL AÑOS 2 MESES 2 DIAS	27 FECHA DE POSIBLE JUBILACION MES 4 DIA 1 AÑO 1991	
28 CANTIDAD Y FORMA DE PAGO \$1,050.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	29 INDIQUE EL NUMERO DE DIAS Y/O HORAS QUE TRABAJABA EN LA SEMANA 6 HORAS 5 DIAS	30 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
31 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRI3 EL ACCIDENTE Dar clase de Educaci3n Ffsica		32 OCURRI3 EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
33 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL MES 3 DIA 2 AÑO 1991 HORA 2:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	34 HORA QUE COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE HORA 8:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	35 FECHA EN QUE SUSPENDI3 SU LABOR MES 4 DIA 1 AÑO 1991		
36 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO. Esc. S.U. Quebrada Honda San Lorenzo, Puerto Rico	37 MURIO EL LESIONADO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	38 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		

39. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRI3 EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Alega el profesor Vega que: desde el comienzo del curso escolar 1991 - 92 ha venido confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor

INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA, O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUS3 EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)
a medida que va transcurriendo el dfa de clases. Siente que durante la mañana se le oye la voz bastante clara y cuando llega la tarde est3 ronco.

40. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER

41. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?
☒ NO ☐ SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

42. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO
NOMBRE **Rosa Borges - Secretaria** DIRECCION **Bo. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.**

NOMBRE **Antonia Df3z - Directora** DIRECCION **San Lorenzo, Puerto Rico**

43. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?
☐ SI ☒ SINOT ☐ ACAA ☐ SEGURO SOCIAL ☐ BEN. POR NUMERO RECLAMACION **FECHA DE LA RECLAMACION** MES **4** DIA **1** AÑO **1991**

44. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN FSE INDIQUE
FECHA RADICACION MES **4** DIA **1** AÑO **1991** NUMERO DEL CASO

Caguas
DECISION DEL ADMINISTRADOR
(CON HONORARIOS DE ABOGADOS)

NOMBRE Y DIRECCION

William Vega Martínez
Calle 33 R-6 -17
Turabo Gardens
Caguas, PR 00725

NOMBRE Y DIRECCION

Departamento de Educación
Box 1281
San Lorenzo, PR 00754

CASO NUMERO	IPP
Año Fiscal 92-	Disp. Número 13-01137-
	4

☐ SUBROGACION
☐ MENOR*

Fecha del Accidente	Jornal Diario	Días de la Semana	Jornal Semanal	Sitio del Accidente	Número de Seguro Social	Clave Seguro
21/AGOSTO/91	47.73	5	65.00	San Lorenzo	██████-4771	2

Descripción del Accidente

Alega el lesionado que esta confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor a medida que va transcurriendo del día de trabajo.

Lesión Sufrida

DX: LARINGITIS OPERADO

Fecha	Médico Informante
9/abr11/92	DRA. IRMA C. SANTOS/DR. RAFAEL TORO VELEZ

Incapacidad Resultante

☒ 1a. Condición

☐ 2da. Condición

PERDIDA 20% FUNCIONES FISIOLÓGICAS POR PERDIDA COMPLETA DE LA VOZ.

Estudiado el expediente del caso, el Administrador del Fondo del Seguro del Estado resuelve que el accidente es uno de los protegidos por la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley Núm. 45 aprobada el 18 de abril de 1935, según ha sido posteriormente enmendada. Habiéndose reconocido al lesionado la incapacidad parcial permanente antes expresada, el Administrador resuelve que el mismo tiene derecho a recibir en la forma que determina la Ley una compensación adicional equivalente al **66 2/3** % a base del jornal diario que ganaba el día del accidente.

De acuerdo con el expediente de este caso deberá pagarse una compensación computada a base del jornal semanal arriba indicado durante un periodo de **40** semanas la que asciende a la suma de \$ **2,600.00**

De esta cantidad se le descontará por concepto de

A- Dietas Pagadas en Exceso

B- Compensación Otorgada y/o Pagada por Incapacidad

1-en este Accidente

2-en Accidente anterior

C- Otros Descuentos

TOTAL A DESCONTARSE

\$ **2,600.00**

Una vez realizados los descuentos antes mencionados, si los hubiere, el lesionado recibirá la cantidad de

En los casos de incapacidad inicial, si esta cantidad es de \$1,000.00 ó menos, se le pagará en total y de una sola vez. Si dicha cantidad es mayor de \$1,000.00 se hará un pago inicial de \$1,000.00 como anticipo y el balance se será pagado en plazos de \$ **██████** mensuales con efecto retroactivo a la fecha de alta definitiva. (VEASE CLAUSULA A-3 AL DORSO).

CERTIFICO: QUE LOS COMPUTOS ESTAN CORRECTOS Y QUE PROCEDE EL PAGO POR LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA.

6 de mayo de 1992

Fecha

ROSA M. RODRIGUEZ RAMOS
 Jefe, Sección de Reclamaciones o su Representante Autorizado

PARA CASO DE MENOR

ESTE PAGO SE HARA A TRAVES DE

CERTIFICO: QUE ESTE PAGO ESTA A TONO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

Dado en **CAGUAS**, Puerto Rico a **6/MAYO/92**

ALBERTO O. BACO
 Administrador

TELEPROCESADO POR (FIRMA)	FECHA DIA MES AÑO
CODIFICADO (FIRMA OCS)	FECHA DIA MES AÑO

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES															
BATCH		CASO NUMERO				C/D	CLAVE TRANS.	TARJ. NUM.							
AÑO	DISP.	NUMERO													
1	3	4				12	13	14	15	16					

92-13-01137-4
WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

4771

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO PATRONO

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS
CAGUAS. PR 00725

DEPTO. DE EDUCACION
APARTADO 1281
SNA LORENZO

PR 00754

CLAVE DISC.	FECHA DE ACC. AÑO MES DIA	<input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPO	<input type="checkbox"/> SUBROGACION	<input type="checkbox"/> OBRERO MIGRANTE
83				
REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA. (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)				
1RA.	Laringitis			
2DA.				

CODIGO DE DIAGNOSTICO			

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

- ☐ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
 - ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
 - ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
 - ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- ☒ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE abril DE 19 92 CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☒ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- ☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE 19 SE AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
- ☐ 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.
- ☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL DE 19 LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
 - ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19
- ☐ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
 - ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE 19
 - ☐ b. ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
 - ☐ c. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - ☐ d. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19
- ☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE 19 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

SR. ALBERTO O. BACO

Administrador

DPA. IPHA C. SANTOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

Puerto Rico

TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA

Tribunal DISTRITO, Sala S.L.

Querrela de la Policía Núm.

Oficina de Juez Municipal o de Paz

☐ sin hoja de continuación

9 4 6 0 6 7 0 2929

DENUNCIA

☐ incluye hoja de continuaciónCon Fecha 23-6-94Denuncia Núm. 94-1214

FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CONTRA:

Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO Alias _____ Fecha nac. 15-9-57 Lugar S.L. Sexo HS.S. # 584-222222 Dirección CARR. 181 Km9 RES. BO. QDA. HONDA

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Nombre _____ Alias _____ Fecha nac. _____ Lugar _____ Sexo _____

S.S. # _____ Dirección _____

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ☐ Grave☐ Menos GraveCometido en BO. QDA. HONDA S.L.el 9 de junio de 94 a las 8.45am de la siguiente manera:

El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez, usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estúpido que te pasa con mi hijo, maestro sangano, estúpido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da.

HECHOS CONTRARIOS A LA LEY

Presentada por:

GDIA. ETANISLAO VAZQUEZ 9629

Nombre y firma del Denunciante

☐ Propio ConocimientoCTEL. POL S.L

Dirección

☒ Información y CreenciaGDIA

Cargo - Ocupación

Jurada y Suscrita ante mí, en _____, P.R., hoy _____ de _____ de _____ a las _____

Vista señalada para el _____ de _____ de 19 _____ ☐ Vista Preliminar ☐ Lectura de Acusación ☐ Juicio en su fondoen la Sala de _____ ☐ Superior ☒ Distrito a las _____

Nombre y Firma del Magistrado o Secretario

NOMBRE DE TESTIGOS

EDAD

DIRECCION

Examen de los Testigos

Conocimiento Propio

Información o Creencia

Bajo Juramento

Declaración Jurada

Bajo Juramento

Declaración Jurada

WILLIAM VEGA MARTINEZ M CALLE 33 R 6 17 URB. TURABO GARDEN CAGUAS

INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:

☐ No estuvo presente☐ Traído sin Orden de Arresto☐ Compareció por Citación☐ Le fueron hechas las advertencias legales☐ Estuvo acompañado por _____☐ Abogado☐ Familia☐ Otro



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**CORPORACION
 FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**
 PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
 VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD				REG. Y DISP. TRAT.		FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP.	NUMERO				AÑO	MES	DIA							AÑO	MES	DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE		GRUPO		Stat	Pro		
AÑO	MES	DIA	DIA			AÑO	T	R	O	Año Fact.	AMP.					Pat	Por

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2 NUMERO DE POLIZA		3 SEGURO SOCIAL PATRONAL	
<i>Departamento de Educación</i>						6 9 0 6 6 0 0 0 1	
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM.				4 CLASE DE PATRONO:			
<i>P. O. Box 1281</i>				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea <input checked="" type="checkbox"/> Otros			
5 CLASE DE NEGOCIO				Educación			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)			
<i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>				<i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo</i>			
				7 TELEFONO			
				<i>736-8989</i>			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL		9. APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE 1		NOMBRE 2	
4 7 7 1		<i>Vega</i>		<i>Martínez</i>		<i>William</i>			
10. DIRECCION RESIDENCIAL									CODIGO POSTAL
<i>Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>									<i>00725</i>
11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO									
<i>Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>									<i>00725</i>

12 SEXO		13 TELEFONO		14 ESTADO CIVIL		15 NUM. DEPENDIENTES		16 TRABAJA EL CONYUGE		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	
<input checked="" type="checkbox"/> F		744-2512		<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO		HIJOS _____ NO HIJOS <u>1</u>		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		(Q.D.E.P.) <i>William y Gloria</i>	
18 FECHA NACIMIENTO		19 EDAD		20 PUEBLO DE NACIMIENTO		21. GRADO ESCOLARIDAD		22. OCUPACION HABITUAL		23 MANO HABIL	
5 9 1 2 3 0		35		<i>New York</i>		<i>BA</i>		<i>Maestro de Educ. Física</i>		<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZO.	
24 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO				25. TELEFONO		26 DIRECCION		27. FECHA ACCIDENTE			
<i>Helen Vega Martínez</i>						<i>Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.</i>		AÑO _____ MES _____ DIA _____		H-8	
28 HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31 PUEBLO DE ACCIDENTE					
8:00		<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.				<i>San Lorenzo</i>					
32 ACCIDENTE AUTO		33. FECHA DE LA MUERTE		34 SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO		35 SUELDO		36 FRECUENCIA			
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		N/A		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<i>\$1,375.00</i>		<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL			
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA				38 DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO		39 TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL		40 FECHA DE POSIBLE JUBILACION			
Días: <u>5</u> Horas: <u>30</u>				<i>Educación</i>		<i>6 años</i>		AÑO _____ MES _____ DIA _____			
41 OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO				42 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA		43 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE		44 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<i>Dar la clase de Educ. Física</i>		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
45 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO						46 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE					
<i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.</i>						<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO					

47 DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSÓ EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)

Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER

49 TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?		50. TIEMPO		SALARIO	
<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)		<input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENSUAL	
		<input type="checkbox"/> MESES			
51 TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO					
NOMBRE <i>Rosa Borges - Secretaria</i>			DIRECCION <i>Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.</i>		
NOMBRE <i>Antonia Díaz - Directora</i>			DIRECCION <i>San Lorenzo, Puerto Rico</i>		

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R 6-17
TURABO GARDENS CAGUAS PR

98 13 00719 5
08

19 AGO 97 30 DIC 59

4771

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES															
BATCH		CASO NUMERO		C/D		CLAVE TRANS		TARJ. NUM.							
ANO	DISP.	NUMERO													
1	3	4				12	13	14	15	16					

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP.	PAT.	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17			22	27	32	36		

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

URB TURABO GARDENS
R 6 17 CALLE 33
CAGUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PO BOX 759
RATO REY PR 00919

CLAVE DISP	FECHA DE ACC.	FONDO DE ANTICIPA	SUBROGACION	OTRO (O) MEDICANTE
83	ANO MES DIA			

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DAÑO DE ALTA (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

TRA. HNP L4-L5 & L5-S1 88.080 OSR
Radiculopatia L5 86.074 OSR

CODIGO DE DIAGNOSTICO			

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

- EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
 - ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
 - ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
 - ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE SI
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
- LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
- EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DE LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
 - ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
- ☒ EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
 - ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
 - ☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 - ☒ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 98
- LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1958 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

LCDO NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

DR VICTOR BERRIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OT)		
AÑO	DISP.	NUMERO	AÑO			MES	DIA	AÑO			MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA	AÑO			T	R	O	AÑO FACT.				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2. NUMERO DE POLIZA	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL
Departamento de Educación		
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.	4. CLASE DE PATRONO:	5. CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 1281	<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albea <input checked="" type="checkbox"/> Otros	Educación
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)	7. TELEFONO
San Lorenzo, Puerto Rico 00754	Esc. María T. Delgado - San Lorenzo	736-0470

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
	Vega	Martínez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL	CODIGO POSTAL			
Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico	00725			
11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO	00725			
Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico	00725			
12. SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	15. NUM. DEPENDIENTES HIJOS 0 NO HIJOS 1	16. TRABAJA EL CONYUGE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	18. FECHA NACIMIENTO			
William y Gloria	AÑO MES DIA			
	5 9 1 2 3 0			
19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
39	New York	BA	Maestro de Educ. Física	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZD.
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE	
Helen Vega Martínez		Haciendas Carraízo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.	AÑO MES DIA	
			9 9 0 3 0 8	
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE	
1:50 P.M.	8:00		San Lorenzo	
32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	\$1,750.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
37. NUMERO DE DIAS/ HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION	
Días: 5 Horas: 6	Educación	9 años	AÑO MES DIA	
41. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE	44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Dar clase de Educación Física	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO			46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?	
Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano San Lorenzo, Puerto Rico			<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input type="checkbox"/> NO N/A <input type="checkbox"/> NO	
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL				
Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.				
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER				
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)				
50. TIEMPO				
AÑOS _____ MESES _____				
SALARIO				
<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL				
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO				
NOMBRE Daris D. Gómez González DIRECCION Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.				
NOMBRE _____ DIRECCION _____				
52. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
53. NUMERO DE RECLAMACION				
FECHA DE RECLAMACION				
54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE				



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)	
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA			AÑO	MES
FECHA ALTA DEFINITIVA			JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA			AÑO	T	R	O			

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2. NUMERO DE POLIZA		3. SEGURO SOCIAL PATRONAL	
Departamento de Educación				6906600			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.				4. CLASE DE PATRONO:			
P. O. Box 190759				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Alcabala <input checked="" type="checkbox"/> Otros			
5. CLASE DE NEGOCIO				Educación			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)				6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)			
San Juan, Puerto Rico 00919				Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano			
7. TELEFONO				736-0470			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL		9. APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE 1		NOMBRE 2	
4771		Vega		Martínez		William			
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)									
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico									
11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO								CODIGO POSTAL + FDUR	
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico								00725	
12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE				
<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	744-2512	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS 0 NO HIJOS	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	William y Gloria				
18. FECHA NACIMIENTO		19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL				
5/9/12		43	New York	B.A.	Maestro Educación Física				
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO			25. TELEFONO	26. DIRECCION			27. FECHA ACCIDENTE		
Helen Vega Martínez				Haciendas Carraízo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R.			03/10/3		
28. HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR		31. PUEBLO DE ACCIDENTE			
9:30 A.M.		8:00		N/A		San Lorenzo			
32. ACCIDENTE AUTO		33. FECHA DE LA MUERTE		34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO		35. SUELDO		36. FRECUENCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		N/A		N/A		\$2,205.00		<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
37. NUMERO DE DIAS O HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO		39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL		40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION			
30		Educación		14 años					
41. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?		42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?		43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE		44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Levantándose de la silla.		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO									
Salón de Educación Física - Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano									
46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?									
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL									
Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía su clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.									
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE									
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?									
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)									
50. TIEMPO									
<input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> MENSUAL									
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO									
NOMBRE DIRECCION									